

26. Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, Nieto M, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria* 1997;19:127-32.
27. Green L, Arbor A. On studying effectiveness. *J Fam Practice* 1999;48:423-4.
28. Badia X, Bigorra J. La investigación de resultados en salud: de la evidencia a la práctica clínica. En: Badia X, editor. *La investigación de resultados en salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona: Edimac, 2000; p. 13-34.
29. Chick J. Estudios naturalísticos versus estudios controlados en las recientes investigaciones sobre el tratamiento de la dependencia de alcohol. *Adicciones* 1999;11-3:257-60.
30. Fuerlein W, Ringer CH. Diagnose des Alkoholismus: der Münchner Alkoholismus Test (MALT) Münchn. *Med Wochenschr* 1977;119:1275-82.
31. Rodríguez-Martos A, Suárez R. MALT (Münchenr Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Rev Psiq Psicol Med* 1984;6:421-32.
32. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2.a ed. Madrid: Harcourt, 1999.
33. Alonso J, Pérez P, Sáez M, Murillo M. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11:205-13.
34. Alonso-Fernández F. *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico*. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 1992.
35. Kemp J, Korenblat P, Scherger J, Minkwitz M. Zafirlukast in clinical practice. Results of the Accolade Clinical Experience and Pharmacoeconomics Trial (ACCEPT) in patients with asthma. *J Fam Practice* 1999;48:423-4.
36. Pérula L, Ruiz R, Fernández JA, Herrera E, De Miguel MD, Bueno JM. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp Salud Pùb* 1998;78:331-42.
37. Gascón FJ, Jurado A, Lora N, Navarro B, Gascón JA, Romanos A. Consumo de alcohol e influencia del entorno entre escolares de EGB. *An Esp Pediatr* 1997;47:42-5.
38. Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin (Barc)* 1995;104:784-8.
39. Schuckuit MA, Russell JW. Clinical importance of age at first drink in a group of young men. *Am J Psych* 1993;140:1221-3.
40. Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Drinking patterns in general practice patients. *J R Coll Gen Prac* 1987;37:354-7.
41. Kitchens JM. Does this patient have an alcohol problem. *JAMA* 1994;272:1782-7.

COMENTARIO EDITORIAL

Intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol en atención primaria

J. Aubà Llambrich

Unitat Avaluació Sanitària i Recerca. Àmbit d'Atenció Primària Barcelonès Nord i Maresme. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Los problemas de salud relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas son alarmantes, tanto desde una perspectiva sanitaria como económica o social. La oportunidad de plantear intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria está ampliamente aceptada, y se ha demostrado su eficacia. El primer paso consiste en identificar a los sujetos con un consumo considerado de riesgo (>28 unidades de bebida estándar [UBE] semanales en el varón; > 17 UBE semana en el caso de la mujer; ingestión concentrada de 5 UBE o más en una sola ocasión, al menos una vez en el último mes; 1 UBE 10 g de alcohol puro), seguido de una intervención educativa orientada a reducir el consumo en los bebedores clasificados como de riesgo o a la abstinencia en el caso de los individuos con dependencia alcohólica¹. El estudio de Fernández et al² confirma, coincidiendo con otros, que la intervención realizada en consultas de atención primaria, a cargo de médicos de familia con habilida-

Puntos clave

- En las consultas de atención primaria la intervención antialcohólica en bebedores de riesgo es eficaz, efectiva y eficiente.
- La intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol es una línea de investigación propia de atención primaria.
- La cartera de servicios de atención primaria debe incluir, además de la actuación sobre los sujetos con problemas evidentes, la detección del consumo de alcohol y el consejo educativo a los individuos bebedores de riesgo.

des suficientes para realizar una intervención breve, ofrece a los 2 años una reducción del consumo en un 38,9% de los pacientes de riesgo: el 23,8% presentaba abstinencia y el 15% consumo moderado. La mayoría de los casos incluidos eran varones, y los factores desfavorables: inicio del consumo antes de los 16 años, consumo asociado de tabaco o test de CAGE negativo.

Wallace publicó en 1988 el primer estudio sobre la utilidad del consejo antialcohólico realizado por médicos en consultas de atención primaria³. Desde entonces se han publicado nuevos estudios que confirman que la efectividad del consejo breve para la reducción del consumo de alcohol es de un 25%⁴. Estudios publicados en nuestro país también confirman resultados similares⁵. La mayoría de estudios también coinciden en que el grupo control, que únicamente ha participado en cuantificar su propio consumo, también presenta una disminución de éste, prueba que sugiere que la simple anamnesis sobre la ingesta de bebidas alcohólicas tiene efectos sobre dicho consumo, valorado por el paciente, hasta ese momento, como «normal».

A partir de diferentes estudios hay aspectos perfectamente identificados, aunque sobre otros debemos seguir investigando. Sabemos que el diagnóstico precoz, mediante detección oportunista, seguido de una intervención educativa, es capaz de modificar el patrón de consumo en varones. La intervención breve, de unos minutos de duración, acompañada de algún material educativo, ofrece resultados comparables a intervenciones de mayor intensidad. Son efectivas las intervenciones realizadas tanto por médicos como por enfermería. Entre los aspectos poco evaluados, que merecerían futuros estudios, podríamos considerar:

- ¿Qué tipo de intervención es útil en mujeres, ancianos o adolescentes?
- ¿Guardan relación los resultados con el número de sesiones que recibe un sujeto?
- ¿Cuánto tiempo persisten los efectos del consejo educativo sobre el consumo de alcohol?
- A largo plazo, ¿son necesarias intervenciones de refuerzo para consolidar el estilo de vida?
- ¿Qué material educativo de apoyo ofrece mejores resultados?
- Una intervención educativa adaptada al estadio del cambio que presenta cada individuo ¿ofrecerá mejores resultados?
- ¿Debemos intervenir únicamente en sujetos que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol o debemos realizar una intervención oportunista, precisamente en sujetos que no consultan por el problema del alcohol?

Estas y otras cuestiones sólo tendrán respuesta si continuamos realizando estudios de investigación en esta área del conocimiento propia de atención primaria. No pode-

mos pensar que otros niveles asistenciales se ocupen de responder preguntas propias de nuestro entorno. Los sujetos con problemas de alcohol atendidos en unidades especializadas, igual que sucede en otros temas, presentan un perfil diferenciado respecto a los que nos ocupan. Esta línea de investigación nos corresponde desarrollarla.

A pesar de los buenos resultados obtenidos cuando realizamos intervenciones sobre el consumo de riesgo, superiores a otras intervenciones más habituales en consultas de atención primaria, podemos constatar que no forman parte del abanico de la cartera de servicios de atención primaria, como demuestran las evaluaciones mediante auditorías de las actividades incluidas en los objetivos de los equipos de atención primaria. Este aspecto nos lleva a plantearnos otros interrogantes:

- ¿Qué factores son responsables de la escasa implantación de actividades preventivas relacionadas con el abuso del alcohol en las consultas de atención primaria?
- ¿Qué instrumento de detección del consumo de riesgo de alcohol ofrece mejor rendimiento o es mejor aceptado por los pacientes?
- ¿Qué elementos facilitarían una mayor oferta a cargo de los profesionales sanitarios?
- Desde el punto de vista económico, ¿resulta eficiente la intervención?⁶.

En la práctica, los profesionales encuentran obstáculos para realizar la detección y la modificación de estilos de vida poco saludables. Algunos están relacionados con las infraestructuras disponibles (tiempo, unidades especializadas, formación), otros guardan relación con las dudas sobre la efectividad de la intervención sanitaria que podemos realizar en nuestras consultas⁷. La presión asistencial, la escasa formación o la insuficiente coordinación con los servicios especializados serían los obstáculos más evidentes para un papel más activo por parte de los profesionales de atención primaria, médicos de familia y personal de enfermería, en este grave problema de salud pública. En el ámbito social no hay un debate claro sobre los beneficios y riesgos del consumo de alcohol, al cual los sanitarios no somos ajenos, que probablemente impida la existencia de propuestas claras. Por un lado, se proponen medidas legislativas que pretenden promover el consumo de vino. Por otro, se cuantifican las muertes en accidente de circulación provocados por la ingesta de alcohol durante los fines de semana, o el elevado número de años potenciales de vida perdidos.

Finalmente, una aproximación concreta a nuestro entorno sobre las consecuencias de incluir, entre los servicios facilitados desde atención primaria, la intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol. En España se estima que unos 4 millones de personas son consumidores de riesgo de alcohol; de ellas, considerando los resultados de los diferentes estudios, un 25% podría reducir dicho riesgo si los profesionales de atención primaria realizan la detección

del consumo y ofrecen una intervención breve. En pocas palabras, un millón de personas resultaría beneficiado anualmente.

Bibliografía

1. Aubà J, Barranco JR, Córdoba R, Ledesma A, Mosquera J, Pico MV, Ribas A. Recomendaciones semFYC ALCOHOL. Barcelona: semFYC, 2000.
2. Fernández García JA, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J, por el Grupo Cordobés de Investigación en Atención Primaria (GCIAP). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consulta de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31:146-55.
3. Wallace PG, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663-8.
4. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 1999;28:503-9.
5. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, et al. A. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract* 1998;15:562-8..
6. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000; 38:7-18.
7. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325:870-4.